

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Шаргаева Н.В.

УО «Гомельский государственный медицинский университет»

Плацентарная недостаточность является актуальной проблемой современного акушерства. В структуре перинатальной заболеваемости и смертности в Республике Беларусь внутриматочная гипоксия и асфиксия плода занимает первое место. Анализ структурных изменений в последе позволяет установить причину и характер патологии беременности, прогнозировать течение послеродового и неонатального периодов, планировать ведение последующих беременностей.

Цель нашего исследования: изучить морфологические изменения в последах у пациенток с хронической плацентарной недостаточностью.

Материалы и методы. Проведен анализ клинической характеристики, особенностей течения беременности, родов, раннего неонатального периода, морфологическую структуру последа у 125 родильниц. Основную группу составили 90 пациенток, у которых во время беременности была диагностирована хроническая плацентарная недостаточность (ХПН), контрольную – 35 родильниц, у которых не было данного осложнения беременности. Ультразвуковое исследование выполнялось аппаратом TOSHIBA SSH-140 A (Япония)

с доплерометрической приставкой, кардиотокографическое - фетальным монитором (США). Течение раннего неонатального периода проанализировано у 121 детей (4 мертворожденных). Оценка состояния новорожденных проводилась по шкале Апгар, антропометрическим показателям, заболеваемости в раннем неонатальном периоде. Гистологическое исследование 105 последов произведено по методу А.П. Милованова при помощи микроскопов NIKON ECLIPSE E 400 (Япония), БИОЛАН SK 14 (Польша).

Полученные результаты обработаны статистически с помощью электронных таблиц Excel пакета Microsoft Office 97. Различия между сравниваемыми величинами признавали статистически достоверными при $p < 0,05$.

Результаты. Пациентки в двух группах по возрастному составу, социальному статусу, соматической патологии, паритету родов, особенностям течения предыдущих беременностей достоверно не отличались. Однако, эктопия шейки матки и специфические инфекции диагностированы у беременных с ХПН в $48,0 \pm 0,11\%$ и $32,2 \pm 0,16\%$ случаев ($p < 0,05$).

Течение настоящей беременности у пациенток основной группы достоверно чаще по сравнению с контрольной осложнилось угрозой прерывания беременности ($43,3 \pm 0,13\%$ против $22,9 \pm 1,52\%$), истмико-цервикальной недостаточностью ($18,9 \pm 0,23\%$ против $2,9 \pm 1,67\%$), кольпитом ($41,1 \pm 0,13\%$ против $17,1 \pm 0,63\%$). Анемия беременных, ОРВИ, гестационный пиелонефрит в двух группах встречались одинаково часто. При ультразвуковом исследовании достоверно чаще в основной группе были выявлены преждевременное созревание плаценты ($48,8 \pm 0,11\%$), нарушение структуры плаценты ($24,4 \pm 0,19\%$), аномальное количество околоплодных вод ($51,1 \pm 0,11\%$), синдром задержки развития плода ($44,4 \pm 0,12\%$) ($p < 0,05$). Только у пациенток с ХПН беременность закончилась мертворождением ($4,4 \pm 0,52\%$), преждевременными родами ($12,2 \pm 0,30\%$). Детей с массой тела до 2999г. и без асфиксии достоверно меньше родилось в контрольной группе, чем в основной ($14,3 \pm 0,70\%$ и 0 против $48,9 \pm 0,11\%$ и $30,2 \pm 0,18\%$).

Произведено морфологическое исследование 75 последов родильниц основной группы и 30 - контрольной. Плацентарная недостаточность документирована в $93,3 \pm 0,04\%$ последах у пациенток с ХПН, что достоверно больше, чем в контрольной группе ($23,3 \pm 0,66\%$). Маточная ПН, ПН, фетоплацентарная недостаточность компенсаторно-приспособительные реакции выявлены достоверно

чаще в основной группе по сравнению с контрольной ($53,3 \pm 0,12\%$ и $23,3 \pm 0,60\%$, $48,0 \pm 0,14\%$ и $10,0 \pm 1,00\%$, $77,3 \pm 0,07\%$ и $23,3 \pm 0,60\%$, $38,7 \pm 0,17\%$ и $13,3 \pm 0,85\%$, соответственно). Незрелость ворсин хориона диагностирована в основной группе в $41,3 \pm 0,16\%$ случаев, в контрольной - в $10,0 \pm 1,00\%$ ($p < 0,05$). Изменений в зоне ишемического инфаркта верифицировано достоверно больше в группе с ХПН ($77,3 \pm 0,07\%$), чем в контрольной ($23,3 \pm 0,60\%$). Амниотический и паренхиматозный типы воспаления были выявлены достоверно чаще в основной группе по сравнению с контрольной группой ($32,0 \pm 0,19\%$ против $10,0 \pm 1,00\%$, $69,3 \pm 0,09\%$ против $20,0 \pm 1,80\%$, соответственно). Хориоамнионит ($16,0 \pm 0,31\%$) и виллузит ($44,0 \pm 0,15\%$) диагностированы в достоверно большем количестве случаев в группе с ХПН, чем в контрольной группе (0 и $13,3 \pm 0,85\%$, соответственно).

Обсуждение. Анализ полученных данных свидетельствует о том, что хроническая плацентарная недостаточность сопровождалась расстройствами маточно- и фето-плацентарного кровообращений, патологической незрелостью ворсин, воспалительными изменениями в послегде, компенсаторно-приспособительными процессами. Достоверными признаками ПН в основной группе были виллузит ($44,0 \pm 0,15\%$), морфологическая незрелость ворсин ($41,3 \pm 0,16\%$), кровоизлияние ($25,3 \pm 0,23\%$), полнокровие ворсин ($50,7 \pm 0,13\%$), компенсаторно-приспособительные реакции ($38,7 \pm 0,17\%$). Инфицирование послегда у пациенток с ПН произошло восходящим (через инфицированные родовые пути) и гематогенным (через сосуды отпадающей оболочки) путями. Характер и степень повреждения плаценты, уровень развития в ней компенсаторно-приспособительных механизмов определяли течение беременности и состояние новорожденного.

Результаты проведенного исследования доказывают, что в настоящее время среди причин, приводящих к возникновению плацентарной недостаточности, ведущее место принадлежит специфическим инфекциям беременной.